

Análisis de la demanda asistencial en dermatología de la población inmigrante

M.^a Pilar Albares Tendero^a / José Manuel Ramos Rincón^b / Isabel Belinchón Romero^a / Isabel Betllloch Más^a / Natalia Pastor Tomás^a / Rafael Botella Antón^a

^aSección de Dermatología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España; ^bUnidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario de Elche, Elche, Alicante, España.

(Utilization of dermatology services among the immigrant population)

Resumen

Objetivos: Conocer la demanda asistencial en dermatología de la población inmigrante (PI) y compararla con la de la población autóctona (PA).

Métodos: Durante un año, se recogió prospectivamente el número de enfermedades atendidas en dermatología en el Departamento de Salud 19 de la Comunidad Valenciana.

Resultados: De 39.160 episodios, 1.625 fueron en PI (4,1%). La asistencia por urgencias fue mayor en PI que en PA (el 7,7 frente al 3,0%; $p < 0,001$) y la actividad quirúrgica en PI fue menor que en PA (el 2,6 frente al 5%; $p < 0,001$). La demanda en la PI fue de 5,7 episodios por 100 inmigrantes, inferior a la PA (16,2). La razón de tasas estandarizada fue de 0,34. Los pacientes del norte de África (5,6 por 100 inmigrantes), Europa del Este (4,8), África subsahariana (5,3) y Asia (4,2) consultaron menos que los latinoamericanos (8,5; $p < 0,001$).

Conclusiones: La demanda en PI fue inferior a la PA y con un patrón de utilización diferente por países.

Palabras clave: Inmigrantes. Población autóctona. Demanda asistencial. Dermatología.

Abstract

Objective: To determine the utilization rate of a dermatology service among the immigrant population and compare this rate with that among the autochthonous population.

Methods: Over a 1-year period, data on all patients attended in the Dermatology Service of Health Department 19 in the autonomous community of Valencia were prospectively collected.

Results: Of 39,160 consultations, 1,625 were made by immigrants (4.1%). Attendance for dermatologic emergencies was greater in immigrants than in the autochthonous population (7.7% vs 3.0%; $p < 0.001$), while surgical activity was lower in immigrants than in Spanish-born patients (2.6% vs 5%; $p < 0.001$). Demand for consultation in the immigrant population was 5.7 visits per 100 immigrants, lower than that in the autochthonous population (16.2). The standardized rate ratio was 0.34. North Africans (5.6 per 100 immigrants), East Europeans (4.8), sub-Saharan Africans (5.3) and Asians (4.2) consulted less than Latin Americans (8.5; $p < 0.001$).

Conclusions: Demand was lower in the immigrant than in the autochthonous population, and the utilization pattern differed according to country.

Key words: Immigrants. Autochthonous population. Demand. Dermatology.

Introducción

Desde hace algunos años Europa es el escenario de un importante fenómeno migratorio¹, y ha sido a partir del año 1999 cuando se ha producido un ascenso en el número de inmigrantes hacia España. En el ámbito de la asistencia sanitaria

la inmigración supone un incremento de la demanda asistencial^{2,3}; pero la obtención de información sobre la utilización de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante (PI) es difícil, dadas las propias características de ésta (diferentes hábitos de vida, barreras idiomáticas, etc.), así como por su situación laboral y/o administrativa⁴. Los trabajos publicados en la literatura médica en España que describen la demanda asistencial son escasos y se centran en su mayoría en la atención sanitaria a la PI en los servicios de urgencias y en la atención primaria^{4,5}.

El objetivo de este trabajo fue conocer la demanda asistencial de la PI en dermatología atendida en el Departamento de Salud 19 de la Comunidad Valenciana y compararla con la de la población autóctona (PA).

Correspondencia: José Manuel Ramos Rincón.
Servicio de Medicina Interna.
Hospital General Universitario de Elche.
Camí de l'Amazara 11, 03203 Elche. Alicante. España.
Correo electrónico: jramosrincon@yahoo.es

Recibido: 2 de marzo de 2007.

Aceptado: 13 de diciembre de 2007.

Material y métodos

Desde el 1 de febrero de 2005 hasta el 31 de enero de 2006, se ha recogido prospectivamente la nacionalidad de todos los pacientes atendidos en el servicio de dermatología del Departamento de Salud 19 de la Comunidad Valenciana. El servicio de dermatología presta atención sanitaria en 2 centros: Centro de Especialidades (consulta ambulatoria especializada) y en el Hospital General Universitario de Alicante (consulta hospitalaria especializada, urgencia hospitalaria dermatológica y quirófano).

Hemos considerado como inmigrante económico a toda persona nacida en un país de renta baja⁶ (con un producto nacional bruto per cápita inferior al de España del año 2005) y diferente de la Unión Europea-25. Los hijos de inmigrantes económicos nacidos en España se han considerado inmigrantes, así como los hijos adoptados nacidos en un país de renta baja.

Se recogieron diferentes variables epidemiológicas (edad, sexo, tiempo de estancia en España, país de nacimiento), fecha de consulta y áreas de asistencia dermatológica (consulta ambulatoria especializada, consulta hospitalaria especializada, urgencias hospitalarias y quirófano) y enfermedad cutánea. Hemos considerado como episodio de consulta cada vez que un paciente acudía a cualquiera de las áreas de asistencia dermatológica. El país de nacimiento se agrupó por áreas geográficas: Latinoamérica, norte de África, Europa del Este, África, África subsahariana y Asia.

Las enfermedades se clasificaron en: a) infecciosa: dermatosis causadas por microorganismos (virus, bacterias, hongos, micobacterias, parásitos o ectoparásitos); b) inflamatoria: dermatosis resultado de la activación de la respuesta inmune frente a un antígeno, excluidas las infecciosas; c) tumoral melanocítica: dermatosis caracterizadas por la proliferación de melanocitos; d) tumoral no melanocítica: dermatosis caracterizadas por la proliferación de células distintas de los melanocitos; e) sin lesiones (pacientes con síntomas que no presentaban lesiones cutáneas cuando llegaron a la consulta), f) sin diagnóstico, y g) otros.

Las variables cuantitativas se expresaron como mediana y rango intercuartílico (RIC) y las cualitativas como porcentaje. Se calculó el riesgo relativo (RR), con su intervalo de confianza (IC) del 95%, de la demanda asistencial. Como la pirámide demográfica de la PI es distinta de la de la PA, se procedió al análisis estratificado por edad y sexo, así como a la estandarización directa de los resultados, con lo que se obtuvo el número de consultas esperadas, y así se calculó la razón de tasas estandarizada (RTE). La población de referencia empleada fue la que disponía de tarjeta sanitaria individual (SIP, sistema de información poblacional) en el Departamento de Salud 19 el 1 de enero de 2006, que as-

cendía a un total de 260.474 personas, de las que 28.489 (10,9%) correspondían a PI. En la comparación de la enfermedad atendida entre PI y PA se utilizó la prueba de la χ^2 para variables cualitativas y la prueba de la U de Mann-Whitney para variables cuantitativas. Se consideró como asociación significativa un valor $p < 0,05$.

Resultados

En el período de estudio se atendieron 39.160 episodios de consulta, de los cuales 1.625 correspondieron a pacientes inmigrantes (4,1%). En la tabla 1 se recoge la distribución del tipo de asistencia realizada a los pacientes, así como la proporción correspondiente a la PI. Cuando se comparó el tipo de asistencia de la PI con la de la PA, destacó una frecuencia de asistencia significativamente superior por urgencias (el 7,7 frente al 3,0%; $p < 0,001$) e inferior en la cirugía (el 2,6 frente al 5%; $p < 0,001$) y en las consultas externas del hospital (el 19,4 frente al 20,3%; $p = 0,001$).

Los 1.625 episodios asistenciales en la PI correspondieron a 1.068 pacientes. En la tabla 1 se recogen las características sociodemográficas de los pacientes inmigrantes y autóctonos. Destaca que la PI atendida es joven (mediana de 30 años), con mayor proporción de mujeres (57,8%) y de latinoamericanos (65,8%).

La demanda de consulta durante el período de estudio en la PI fue de 5,7 episodios por 100 inmigrantes, inferior a la observada en la PA (16,2 episodios por 100 autóctonos) (RR = 0,36; IC del 95%, 0,28-0,31; $p < 0,001$). El análisis estratificado por edad y sexo se recoge en la tabla 2. La tasa estandarizada por edad tanto en varones como en mujeres y el total de la población estudiada (por 100 personas) fue menor en la PI que en la PA (4,49 frente a 14,04; 6,52 frente a 17,9, y 5,48 frente a 16,2). La RTE en varones fue de 0,32, en mujeres de 0,36 y en ambos sexos de 0,34. A su vez, la demanda de consulta por parte de la PI fue diferente según la agrupación por país de procedencia: las personas procedentes del norte de África (5,6 por 100 personas), Europa del Este (4,8), África subsahariana (5,3) y Asia (4,2) consultaron significativamente menos que las de Latinoamérica (8,5; $p < 0,001$).

Cuando se compararon las enfermedades atendidas en la PI con las de la PA, las de tipo infeccioso e inflamatorio fueron más frecuentes en la PI (el 63,7 frente al 38,3% [$p < 0,001$], y el 19,6 frente al 11% [$p < 0,001$]); en cambio, las enfermedades tumorales no melanocíticas y melanocíticas fueron menos frecuentes en la PI (el 13,9 frente al 35,8% [$p < 0,001$] y el 5,4 frente al 12,3% [$p < 0,001$]). No se observaron diferencias en los casos de PI sin lesiones y en los que no se alcanzó un diagnóstico tras la consulta (el 0,7 frente al 0,6%, y el 0,8 frente al 0,7%).

Tabla 1. Tipo de asistencia en dermatología y características sociodemográficas entre la población inmigrante (PI) y la población autóctona (PA)

Tipo de asistencia	Total	PI	PA	Diferencia ^a	p
Episodios de consulta	39.160	1.625	37.535	—	—
Consulta especializada ambulatoria, n (%)	28.120 (71,8)	1.191 (73,3)	26.929 (71,7)	+1,5	NS
Consulta especializada del hospital, n (%)	7.869 (20,1)	266 (19,4)	7.603 (20,3)	-0,9	0,001
Actividad quirúrgica, n (%)	1.919 (4,9)	43 (2,6)	1.876 (5,0)	-2,4	< 0,001
Urgencias hospitalarias, n (%)	1.252 (3,2)	125 (7,7)	1.127 (3,0)	+4,7	< 0,001
Características sociodemográficas					
Total de pacientes ^b		1.068	1.583		
Sexo, varones, n (%)		698 (43,0)	706 (44,6)		NS
Edad mediana (años) (RIC)		30 (16-40)	46 (26-65)		< 0,001
Niños (< 15 años), n (%)		225 (21,1)	139 (8,8)		< 0,001
Estancia en España, mediana en meses (RIC)		48 (24-60)			
Área geográfica de procedencia ^c , n (%)					
Latinoamérica		697 (65,8)			
Norte de África		155 (14,6)			
Europa del Este		121 (11,3)			
África subsahariana		62 (5,8)			
Asia		25 (2,4)			
Países de procedencia ^c , n (%)					
Ecuador		229 (21,6)			
Colombia		189 (17,8)			
Argentina		142 (13,4)			
Marruecos		99 (9,3)			
Argelia		50 (4,7)			
Rusia		47 (4,4)			
Otros ^d		304 (28,7)			

NS: no significativo; RIC: rango intercuartílico. ^aDiferencia del porcentaje de PI y PA. ^bNúmero total de pacientes inmigrantes y autóctonos. ^cLos 1.068 pacientes inmigrantes generaron 1.625 episodios asistenciales en PI. De los 1.068 pacientes el país de procedencia estaba disponible en 1.060. ^dOtros: Ucrania (n = 31); República Dominicana (n = 26); Guinea Ecuatorial (n = 22); Rumania y Venezuela (n = 22); Perú (n = 19); Uruguay (n = 17); Brasil (n = 15); Senegal (n = 13); Bulgaria (n = 12); China (n = 11); Bolivia y Cuba (n = 10); Chile (n = 8); Nigeria (n = 7); Filipinas (n = 6); Georgia (n = 5); Congo, Ghana, Honduras y Pakistán (n = 4); Etiopía, India, Paraguay y Siria (n = 3); Armenia, Camerún, Croacia, Líbano, Malí, Mauritania y México (n = 2); Angola, Bosnia, Burkina Faso, Kenia, Laos y Togo (n = 1).

Discusión

En el presente trabajo la demanda en dermatología por parte de la PI correspondió al 4,1% de todos los episodios asistenciales. En otras consultas ambulatorias especializadas, como atención psiquiátrica no urgente⁷ y neurología ambulatoria⁸, la demanda asistencial de la PI fue del 3,2 y el 4,1%, respectivamente. En Barcelona, los ingresos hospitalarios de PI de países de renta baja representan el 7,7% y la demanda hospitalaria en obstetricia y atención posnatal alcanza el 50%⁹. La demanda en interrupción voluntaria del embarazo supera el 50%¹⁰.

Los servicios de urgencias son el primer punto de acceso al sistema sanitario y el primer lugar al que acuden los inmigrantes^{4,5,7,11,12}. Este estudio muestra una mayor utilización del área de urgencias especializada como visita al especialista de dermatología en la PI que en la PA. En este trabajo hemos observado la menor utilización del área de cirugía dermatológica por la PI, comparada con la PA, lo que podría atribuirse a que la

cirugía es más común en pacientes de mayor edad y la PI es generalmente joven^{4,5,11}.

El número de demandas en dermatología por 100 personas de la PI es la mitad que la de la PA. Esto se explicaría en parte por las diferencias de la pirámide demográfica de la PI y la PA², si bien estas diferencias se mantienen tras la estandarización directa. También destacan las diferencias observadas en la consulta según el área geográfica de nacimiento. Observamos que la PI no es homogénea, en función de su procedencia, pues no todos demandan de la misma manera y con la misma intensidad. Esto puede deberse en parte a diferencias culturales en la búsqueda de la atención sanitaria y en la percepción de la salud¹³.

La demanda asistencial de la PI en dermatología, a pesar de ser menor que la de la PA, es relevante, ya que supone un incremento del número total de consultas en dermatología, con ciertas peculiaridades que hay que tener en cuenta, como los diferentes tipos de enfermedad. Así, en la PI fue más frecuente la enfermedad inflamatoria e infecciosa, y en la PA la tumoral melanocítica y no melanocítica. A nuestro modo de ver, se requieren

Tabla 2. Demanda asistencial en dermatología en población inmigrante y autóctona: análisis estratificado y estandarización directa de tasas^a por edad y sexo

Estratos	Población inmigrante, hombres				Población inmigrante, mujeres				Población inmigrante total			
	Casos observados	Personas con tarjeta	Tasa específica	Casos esperados	Casos observados	Personas con tarjeta	Tasa específica	Casos esperados	Casos observados	Personas con tarjeta	Tasa específica	Casos esperados
< 1 año	40	240	16,667	259	11	234	4,701	71	51	474	10,759	329
1-14 años	152	2.068	7,350	1.423	159	1.928	8,247	1.502	311	3.996	7,783	2.924
15-44 años	426	10.392	4,099	2.616	597	8.961	6,662	4.108	1.023	19.353	5,286	6.633
45-64 años	70	1.899	3,686	1.001	142	1.927	7,369	2.121	212	3.826	5,541	3.099
> 64 años	10	361	2,770	440	18	479	3,758	847	28	840	3,333	1.281
Total	698	14.960	4,666	5.739	927	13.529	6,852	8.648	1.625	28.489	5,704	14.266
	Tasa estandarizada: 4,49				Tasa estandarizada: 6,52				Tasa estandarizada: 5,48			
Estratos	Población autóctona, hombres				Población autóctona, mujeres				Población autóctona total			
	Casos observados	Personas con tarjeta	Tasa específica	Casos esperados	Casos observados	Personas con tarjeta	Tasa específica	Casos esperados	Casos observados	Personas con tarjeta	Tasa específica	Casos esperados
< 1 año	198	1.313	15,080	234	158	1.269	12,451	187	356	2.582	13,788	421
1-14 años	1.640	17.293	9,484	1.836	1.669	16.279	10,252	1.867	3.309	33.572	9,856	3.703
15-44 años	6.713	53.428	12,565	8.019	9.054	52.695	17,182	10.594	15.767	106.123	14,857	18.642
45-64 años	3.326	25.257	13,169	3.576	5.473	26.854	20,381	5.866	8.799	52.111	16,885	9.445
> 64 años	4.174	15.537	26,865	4.271	5.130	22.060	23,255	5.241	9.304	37.597	24,747	9.512
Total	16.051	112.828	14,226	17.936	21.484	119.157	18,030	23.755	37.535	231.985	16,180	41.723
	Tasa estandarizada: 14,04; RTE hombres: 0,32				Tasa estandarizada: 17,9; RTE mujeres: 0,36				Tasa estandarizada: 16,02; RTE total: 0,34			

RTE: razón de tasas estandarizada. ^aTasas por 100 personas.

estudios más amplios y de otras especialidades para corroborar nuestros datos. El mejor conocimiento de la utilización de los servicios sanitarios por parte de la PI permitirá mejorar la planificación racional de los recursos en la asistencia especializada no urgente.

Agradecimientos

Los autores quieren expresar su agradecimiento al Dr. José Sánchez Paya del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital General Universitario de Alicante por la ayuda en el tratamiento estadístico de los datos poblacionales. Agradecemos a los miembros del Unidad de Documentación Clínica y Admisión del Hospital General Universitario de Alicante y del Servicio de Aseguramiento Sanitario de la Conselleria de Sanitat de València su ayuda al facilitarnos los datos de los pacientes asistidos y de la población asignada en el Departamento de Salud 19.

Bibliografía

- Gómez C, Hernández Pascual C, Algado Ferrer MT, Muñoz Haedo R, Gómez Gil C, Martínez Lirola M. Otras miradas sobre la inmigración. San Juan de Alicante: Espagráfico; 2006.
- Jansà J, García P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. Gac Sanit. 2004;18 Supl 1:207-13.
- Jansà J. Inmigración y envejecimiento, nuevos retos en salud pública. Gac Sanit. 2006;20 Supl 1:10-4.
- Junyet M, Miró O, Sánchez M. Comparación de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios entre la población inmigrante y la población autóctona. Emergencias. 2006; 18:232-5.
- Torne Vilagrasa E, Guarga Rojas A, Torras Boatella MG, Pozuelo García A, Pasarin Rua M, Borrell Thio C. Análisis de la demanda de los servicios de urgencias en Barcelona. Aten Primaria. 2003;32:423-9.
- Sanz Barbero B, Blasco Hernández T. Características sociodemográficas de la población inmigrante diagnosticada de tuberculosis en la Comunidad de Madrid. Gac Sanit. 2007;21:142-6.
- Ochoa Mangado E, Vicente Muelas N, Díaz Moreno H. Asistencia psiquiátrica a inmigrantes: Demanda en un centro de salud mental y hospitalización. Psiquiatría.com 2004;8 [citado 24 Ene 2007]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/131/>
- Martínez-Salio, Oliet C, Porta-Etessam J, Bermejo-Pareja F. Análisis de la demanda asistencial de la población inmigrante en una consulta de Neurología extrahospitalaria. Neurología. 2003;18:425-30.
- Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. Gac Sanit. 2002;16:376-84.
- Barroso García P, Lucena Méndez MA, Patrón Carreno T. Interrupción voluntaria del embarazo en mujeres de un distrito sanitario de Almería durante el período 1998-2002. Rev Esp Salud Pública. 2005;79:493-501.
- Cots F, Castells X, García O, Riu M, Felipe A, Vall O. Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain). BMC Health Serv Res. 2007;7:9.
- Vázquez-Villegas J. Inmigración y salud: ¿un modelo de atención sanitaria primaria para un nuevo modelo de sociedad? Aten Primaria. 2006;37:249-50.
- Fuertes C, Martín MA. El inmigrante en la consulta de atención primaria. An Sist Sanit Navar. 2006;29 Supl 1:9-25.